



## NHG-Behandelrichtlijn *Stoppen met roken*

Chavannes N, Drenthen T, Wind L, Van Avendonk M, Van den Donk M, Verduijn M

### Belangrijkste wijzigingen

- De niet-medicamenteuze begeleiding van patiënten staat beschreven in de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken.
- Deze NHG-Behandelrichtlijn bevat uitgebreide informatie over stoppen met roken tijdens zwangerschap, e-healthinterventies en over de e-sigaret.

### Kernboodschappen

- Herhaal bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen regelmatig het advies om te stoppen met roken. Doe dit in ieder geval bij patiënten met kinderwens en met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen.
- Bied patiënten die overwegen om te stoppen een motivatieverhogende interventie aan.
- Begeleid patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen, afhankelijk van hun voorkeur, met een intensieve ondersteunende interventie dan wel e-healthinterventie, desgewenst gecombineerd met medicamenteuze ondersteuning (op maat). Dit verhoogt de slaagkans.
- Nicotinevervangende middelen vormen het middel van eerste keus. Kies daarna afhankelijk van patiëntkenmerken, comorbiditeit, voorkeur van de patiënt en de prijs. Nortriptyline heeft de laagste prijs.
- De e-sigaret is niet geregistreerd als geneesmiddel. De kwaliteit en samenstelling wisselen en de kwaliteit is niet gegarandeerd. Langetermijneffecten op het gebied van effectiviteit, veiligheid en verslaving zijn niet bekend; adviseer ze daarom niet.

### Inleiding

Deze behandelrichtlijn vervangt de NHG-Standaard Stoppen met roken en bevat richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid om rokers effectief te adviseren en te begeleiden bij het stoppen met roken. In de behandelrichtlijn staat de medicamenteuze behandeling centraal; de [NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken](#) gaat juist in op de niet-medicamenteuze begeleiding.

De schadelijke effecten van roken vormen een breed maatschappelijk gezondheidsprobleem. Het is daarom belangrijk dat hulpverleners personen, in het bijzonder bij wie het stoppen met roken van extra belang is, motiveren hiermee te stoppen en hen hierbij begeleiden. Omdat 70% van de Nederlanders jaarlijks de huisarts bezoekt, is de huisartsenpraktijk een laagdrempelige plaats om een stoppen-met-rokenbegeleiding op maat aan te bieden. Met een intensieve interventie, inclusief medicamenteuze ondersteuning, zijn stoppercentages van circa 20% te behalen. Bij een aantal aan roken gerelateerde aandoeningen, zoals COPD en hart- en vaatziekten, heeft stoppen met roken meer effect dan een medicamenteuze behandeling van de aandoening zelf.

Deze behandelrichtlijn sluit aan bij de herziene multidisciplinaire Richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning’ en het addendum ‘Stoppen met roken voor zwangere vrouwen’ en bouwt voort op de reeds bestaande Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk (H-MIS tegenwoordig Stimedic).<sup>1</sup>

## Achtergronden

### *Epidemiologie*

Ongeveer 24% van de volwassen Nederlanders rookt. De meeste rokers zijn te vinden in de leeftijdsgroep 18- tot 64-jarigen: circa 25 tot 30% van hen rookt. Beduidend minder ouderen roken; van de 75-plussers rookt slechts 10%. Voor een deel komt dit doordat rokers eerder overlijden, maar het heeft ook te maken met het feit dat mensen op latere leeftijd minder snel beginnen en vaker stoppen met roken. Nederlanders van Turkse afkomst roken vaker, vooral mannen. Het aantal rokende vrouwen van Turkse afkomst groeit. Vrouwen van Turkse en Marokkaanse afkomst stoppen tijdens de zwangerschap minder vaak. Mensen met een lage sociaaleconomische status roken meer. Onder de 30- tot 39-jarigen rookt 56% van de laagopgeleide mannen tegen 31% van de hoogopgeleide mannen. Bij vrouwen is dit respectievelijk 53 en 25%.<sup>2</sup>

### *Etiologie nicotineafhankelijkheid*

Tabak is verslavend omdat nicotine het centrale zenuwstelsel stimuleert. Hierbij komen onder meer dopamine en adrenaline vrij. Dopamine activeert het beloningscentrum in de hersenen en adrenaline heeft een oppeppend effect. Een hogere dosis nicotine werkt echter versuffend.<sup>3</sup> Mensen roken deels om de nicotineconcentratie op het gewenste peil te houden en deels om de ontwenningssverschijnselen tegen te gaan: prikkelbaarheid, ongeduld, rusteloosheid, snakken naar een sigaret, slechte concentratie, slapeloosheid, hoofdpijn en toename van eetlust en gewicht. Deze verschijnselen ontstaan meestal twee tot twaalf uur na de laatste sigaret, met een piek na een tot drie dagen, en duren meestal drie tot vier weken. De psychische afhankelijkheid van nicotine (*craving*) houdt veel langer aan en is moeilijk te doorbreken. Ook sociale factoren kunnen het rookgedrag in stand houden.<sup>4</sup>

Het aantal sigaretten dat iemand rookt en het gegeven of iemand kort na het ontwaken een sigaret opsteekt, bepalen onder meer de mate van nicotineafhankelijkheid. Deze twee factoren wegen mee in het advies over aanvullende medicamenteuze ondersteuning.<sup>5</sup> Ook de mate van psychische afhankelijkheid is van invloed op het behandelingsplan.

### *Gevolgen roken en motivatie*

Roken is een belangrijke oorzaak van ziekte en sterfte. Zware rokers (dagelijks twintig sigaretten of meer) verliezen gemiddeld dertien levensjaren, matige rokers (dagelijks minder dan twintig sigaretten) negen en lichte rokers (niet dagelijks) vijf levensjaren ten opzichte van niet-rokers.<sup>6</sup> Niet alleen rokers hebben een verhoogd risico op overlijden; ook meerokers hebben ongeveer 25% meer kans op longkanker en hart- en vaatziekten. Bovendien veroorzaakt of verergert meeroken vooral bij kinderen luchtwegaandoeningen. Andere gevolgen van roken kunnen zijn: erectiele disfunctie en een verminderde vruchtbaarheid. Roken tijdens de zwangerschap heeft bovendien schadelijke gevolgen voor de vrucht. Deze gevolgen beperken zich niet tot een lager geboortegewicht door groeivertraging. Op latere leeftijd heeft het kind door inhaalgroei een grotere kans op het ontstaan van obesitas en diabetes (zie NHG-Standaard Preconceptiezorg). De schade die roken aanricht is gerelateerd aan het aantal pakjes sigaretten per dag en het aantal jaren dat men gerookt heeft, dikwijls gemultipliceerd geduid als het aantal pakjaren.

Stoppen met roken verhoogt de levensverwachting. Circa de helft van de volwassen rokers stopt of wil stoppen, omdat ze de gezondheid niet langer willen schaden. Tien tot twintig procent meldt gezondheidsklachten, achteruitgang in conditie en stoppen van de partner als voornaamste motief. Voor jongeren zijn gezondheidsredenen minder van belang; zij stoppen vaker omdat ze roken niet meer lekker vinden.<sup>7</sup> De motivatie van de roker is medebepalend voor het succes van de stoppen-met-rokenbehandeling.

## Diagnostiek

Breng de rookstatus (ook in relatie tot het gebruik van alcohol en drugs) bij voorkeur van alle patiënten die het spreekuur bezoeken in kaart en leg deze vast. Sluit aan bij de klachten, aandoeningen en vragen van de patiënt. Besteed in het bijzonder aandacht aan:

- ouders van kinderen met astma en recidiverende bovensteluchtweginfecties
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken
- zwangere vrouwen, vrouwen met zwangerschapswens en hun partners

- patiënten met een aan roken gerelateerde klacht, zoals hoest of benauwdheid, een aandoening, zoals een hart- en vaatziekte, COPD of astma, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, zoals bij diabetes mellitus of bij wie recent een aan roken gerelateerde diagnose is gesteld (zie ook de desbetreffende NHG-Standaarden)<sup>8</sup>

Overweeg om het in kaart brengen van de rookstatus te koppelen aan een voor de huisartsenpraktijk geschikt moment (bijvoorbeeld de intake van een nieuwe patiënt) en voorrang te geven aan groepen patiënten bij wie veel gezondheidswinst te behalen valt, zoals bij jongeren en patiënten uit sociaaleconomische achterstandsgroepen.

### *Anamnese*

Vraag of de patiënt rookt.

Indien hij niet rookt: vraag of hij in het verleden heeft gerookt of zo ja, wanneer hij is gestopt.

Vraag toestemming aan patiënten bij wie u zelf het initiatief neemt om over een stoppen-met-rokenbehandeling te beginnen.

Vraag rokers naar hun rookstatus en leg deze vast:

- Wat rookt u (sigaretten of shag, sigaren, pijp, e-sigaret)?
- Hoeveel rookt u (minder of meer dan tien sigaretten per dag)?
- Hoeveel jaar rookt u?
- Wanneer rookt u (binnen een half uur na het opstaan)?

Vraag vervolgens of de patiënt gemotiveerd is om te stoppen, overweegt om te stoppen of niet van plan is om te stoppen. Zie voor de exploratie van de motivatie voor gedragsverandering de [NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken](#). Probeer bij patiënten die overwegen te stoppen de motivatie te verhogen (zie onder *Beleid*).

Vraag de roker die gemotiveerd is een stoppoging te ondernemen ook:

- op welke termijn hij wil stoppen;
- naar eerdere stoppogingen en waarom deze mislukten;
- of de patiënt naast niet-medicamenteuze begeleiding ook medicamenteuze behandeling wenst;
- naar ervaring met eerdere medicamenteuze ondersteuning: middelen, dosering, wijze en duur gebruik en eventuele bijwerkingen.

### *Evaluatie*

Maak op basis van de rookstatus en de motivatie onderscheid tussen de volgende patiënten en noteer dit. Registreer een (gestopte) roker met ICPC-code P17 als meetwaarde in het HIS en vermeld bij rokers de motivatie om te stoppen.

\* Niet-roker

- Nooit gerookt
- Gestopt, sinds [datum]

\* Roker

- Ongemotiveerd om te stoppen: stoppen-met-rokenadvies op maat
- Overweegt (of probeert) om te stoppen: motivatieverhogende interventie
- Gemotiveerd om te stoppen: intensieve ondersteuning, e-healthinterventie desgewenst aangevuld met medicatie

## Beleid

De voorkeuren en motivatie van de patiënt vormen het uitgangspunt voor de behandeling. Niet-medicamenteuze behandelingsopties zijn hieronder summier weergegeven. Een praktische uitwerking van onderstaande niet-medicamenteuze interventies is te vinden in de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken. De stoppen-met-rokenbegeleiding kan binnen de geprotocolleerde (keten)zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, zoals astma, COPD, een verhoogd cardiovasculair risico of diabetes mellitus, vallen. Hierbij komen ook andere leefstijlaspecten, zoals alcoholgebruik, bewegen en voeding, aan de orde.

Het stoppen met roken kan aanpassing van de dosering van gelijktijdig toegediende geneesmiddelen, zoals coffeïne, theofylline, imipramine, clomipramine, clozapine en ropinirol, noodzakelijk maken. Let ook op een veranderde insulinerespons.<sup>9</sup>

### *Niet-roker*

Geef patiënten vanaf 12 jaar het advies om niet te starten met roken. Benadruk het belang voor de gezondheid. Sluit daarbij aan bij de beleving, mogelijke klachten en aandoeningen in de familie en vragen van de patiënt.

### *Rokers algemeen*

Geef patiënten die roken het advies om te stoppen. Vraag bij zwangere vrouwen en vrouwen en mannen met een kinderwens bij elk contact naar gezondheid en rookgedrag. Benadruk het belang voor de gezondheid. Sluit daarbij aan bij de beleving, mogelijke klachten en aandoeningen in de familie en vragen van de patiënt. Verwijs de patiënt naar de informatie op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl), die is gebaseerd op deze NHG-Behandelrichtlijn.

### *Roker, ongemotiveerd om te stoppen*

- Geef een stoppen-met-rokenadvies op maat.
- Benoem in het advies de redenen waarom het specifiek voor deze patiënt belangrijk is om te stoppen. Dit is bij circa een op de veertig rokers effectief en kost weinig tijd.<sup>10</sup> Herhaal tijdens het consult bij voorkeur jaarlijks het advies om te stoppen, in ieder geval bij elk contact voor aan roken gerelateerde klachten of aandoeningen.
- Geef bij zwangerschap of kinderwens (ook bij mannen) voorlichting over de gevolgen van (mee)roken voor de zwangerschap en voor de gezondheid van het kind (groei vertraging, lager geboortegewicht, grotere kans op placenta previa, doodgeboren kind, wiegendood en door inhaalgroei op latere leeftijd grotere kans op ontstaan van obesitas en diabetes). Zie ook de [NHG-Standaard Preconceptiezorg](#).

### *Roker die overweegt te stoppen*

Bied een motivatieverhogende interventie aan via motiverende gespreksvoering door inzicht te geven in de voor- en nadelen van roken en stoppen met roken (zie [NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken](#)).<sup>11</sup>

### *Roker, gemotiveerd om te stoppen*

- Bespreek de verschillende vormen van ondersteuning: zelfhulp, intensieve ondersteunende interventie en behandeling bij gespecialiseerde hulpverleners, individueel of in groepsverband.
- Geef aan hoe de stoppen-met-rokenbegeleiding in uw praktijk is georganiseerd en licht de rol van huisarts en praktijkondersteuner, en eventueel andere zorgverleners in de eerste of tweede lijn toe.
- Help patiënten op weg die op eigen gelegenheid willen stoppen en daarvoor voldoende vaardigheden hebben. Wijs hen op adequate informatiebronnen en online hulpprogramma's (zie [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl)). Internet- en mobiele telefooninterventies die op de patiënt afgestemd worden, interactief zijn én gebruikmaken van tekstberichten, zorgen voor een toename van het aantal gestopte rokers.<sup>12</sup> Bij gemotiveerde patiënten is een intensieve ondersteunende interventie het meest effectief.<sup>13</sup> Dit is een interventie die op de persoon is afgestemd en bestaat uit ten minste vier consulten van tien minuten in een periode van enkele maanden. Verleng de consultduur en/of breid het aantal follow-upconsulten uit, afhankelijk van de ernst van de verslaving en de behoefte van de patiënt.

- Combineer bij patiënten die tien of meer sigaretten per dag roken de interventie bij voorkeur met medicamenteuze ondersteuning, omdat dit de kans op stoppen vergroot. Overweeg bij patiënten vanaf 15 jaar die minder dan tien sigaretten per dag roken medicamenteuze ondersteuning, bijvoorbeeld bij eerdere, mislukte stoppogingen. Bespreek hierbij ook meer lichaamsbeweging als mogelijkheid om de onthoudingsverschijnselen te verminderen, het risico op terugval in rookgedrag te verlagen en het gewicht stabiel te houden.<sup>14</sup>
- Overweeg desgewenst ook de mogelijkheid om via vermindering van het aantal sigaretten per dag te stoppen.

### *Medicamenteuze behandeling*

GEDRAGSMATIGE ondersteuning bij stoppen met roken heeft de voorkeur. Medicamenteuze behandeling kan hierop een aanvulling vormen. De beschikbare geneesmiddelen zijn nicotinevervangende middelen (NVM),<sup>15</sup> nortriptyline,<sup>16</sup> bupropion<sup>17</sup> en varenicline.<sup>18</sup> Deze middelen zijn vergelijkbaar qua effectiviteit, maar op grond van het gunstige bijwerkingenprofiel en de lage kosten gaat de voorkeur uit naar ondersteuning met NVM. De andere geneesmiddelen hebben een risico op (ernstige) bijwerkingen. Geef aan dat deze middelen niet worden vergoed uit de basisverzekering. Maak in overleg met de patiënt een keuze op basis van (relatieve) contra-indicaties, ervaringen van de patiënt en prijs.

- **Eerste keus: NVM** (kauwgom, pleister, orale en nasale sprays, inhalatoren en tabletten, geen verschil in effectiviteit), ook bij jongvolwassenen en mensen met comorbide verslavingen en psychiatrische aandoeningen en eventueel bij zwangeren. Wees dan extra alert op negatieve bijeffecten. Laat de patiënt zelf de toedieningsvorm kiezen. Combinaties van toedieningsvormen zijn mogelijk, zoals bijvoorbeeld pleisters met continue afgifte van nicotine gecombineerd met zo nodig kauwgom bij piekbehoefte.
- **Tweede keus: nortriptyline** (off-labelgebruik), **bupropion of varenicline**. De aanzienlijke prijsverschillen maken de keus voor nortriptyline aantrekkelijk. Varenicline is waarschijnlijk net iets effectiever.
- Combinatie van nortriptyline, bupropion of varenicline met NVM is niet zinvol.
- Wijs de patiënt erop dat de vergoeding van deze middelen per zorgpolis en per jaar wisselt.

### **Inventarisatie patiëntervaringen en contra-indicaties**

Vraag naar eerdere ervaringen met medicatie bij stoppen met roken.

Controleer of vraag naar het bestaan van mogelijke contra-indicaties:

- nicotinevervangende middelen: recent acuut coronair syndroom of CVA, ernstige aritmieën, instabiele of verslechterende AP;
- nortriptyline: recent myocardinfarct, coronairlijden, verlengd QT-interval en hartritmestoornissen. Terughoudend bij: epilepsie en hyperthyreoïdie;
- bupropion: schizofrenie (vanwege het regelmatig voorkomen van bijwerkingen, zoals hoofdpijn, slapeloosheid en geheugenproblemen), epilepsie/convulsies, levercirrose, eetstoornis, tumor in centraal zenuwstelsel, brugadasyndroom, abrupte alcohol- of benzodiazepineonthouding (vanwege risico op convulsies), problematisch alcoholgebruik, gebruik van MAO-remmers. Patiënten met depressie hebben mogelijk een verhoogd risico op suïcidegerelateerd gedrag (in het bijzonder bij jongvolwassenen van 18 tot 30 jaar). Terughoudend bij: bipolaire stoornis (risico op psychose en manie) en personen met een verhoogd risico op suïcide, hypertensie, een recent myocardinfarct of een instabiele hartaandoening;
- varenicline: geen absolute contra-indicaties, relatieve contra-indicaties zijn bipolaire stoornis (kan verergeren door stoppen met roken), cardiovasculaire aandoeningen, epilepsie (vanwege optreden van insulteren), schizofrenie, ernstige depressieve stoornis en verhoogd risico op suïcide.

### *E-sigaret*

Er is nog veel onzekerheid over de e-sigaret. Adviseer die daarom niet. De effectiviteit en veiligheid op de lange termijn zijn onbekend. De e-sigaret is niet geregistreerd als geneesmiddel. De kwaliteit en samenstelling wisselen en de kwaliteit is niet gegarandeerd. De hoeveelheid schadelijke stoffen en chemische onzuiverheden kan sterk wisselen. E-sigaretten kunnen ook kankerverwekkende

hulpstoffen bevatten. Er zijn e-sigaretten met en zonder nicotine die verschillen in werking. Het rookgedrag blijft hiermee in stand en de invloed op definitief stoppen is onduidelijk. Langdurig gebruik wordt afgeraden wegens het ontbreken van onderzoek naar de langetermijneffecten naar de veiligheid van e-sigaretten.<sup>19</sup>

### **Zwangerschap en lactatie**

- Adviseer zwangere vrouwen te stoppen met roken, bij voorkeur zonder medicatie. Ervaring met en bewijs van de effectiviteit van NVM tijdens de zwangerschap zijn beperkt.
- Overweeg bij zwangere vrouwen die meer dan tien sigaretten per dag roken en die het niet lukt om zonder medicatie te stoppen intermitterend gebruik van NVM (bij voorkeur geen pleister) gedurende twee tot drie maanden. Zwangeren krijgen hiermee in de regel minder nicotine binnen dan met roken zonder de andere schadelijke stoffen, zoals polycyclische koolwaterstoffen en koolmonoxide.
- Adviseer (borstvoedende) moeders om het roken niet te hervatten. Nicotine gaat in grote hoeveelheden over in de borstvoeding. Adviseer laaggedoseerde pleisters als stoppen niet lukt. Bij gebruik van andere NVM treden grote fluctuaties op in de maximale hoeveelheid nicotine in de borstvoeding. Ontraad om binnen twee tot drie uur na het gebruik van nicotinekauwgum borstvoeding te geven.
- Er is geen ervaring met de veiligheid van e-sigaretten tijdens zwangerschap en lactatie.

Tabel 1 Medicamenteuze ondersteuning van stoppen met roken

Medicatie/Toedieningsvorm	Belangrijkste contra-indicaties	Gebruik
<b>STAP 1 Nicotinevervangende medicatie</b>	Leeftijd jonger dan 12 jaar Overgevoeligheid Recent MI, recent CVA Ernstige hartritmestoornis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik volgens aanwijzingen en bepaal startdosis (afhankelijk van het aantal gerookte sigaretten) volgens de bijsluiter</li> <li>• Staak roken voor aanvang met NVM</li> <li>• Gebruik bij leeftijd 12 tot 17 jaar onder begeleiding van een arts</li> <li>• Gebruik tijdens zwangerschap en lactatie onder begeleiding van een arts</li> </ul>
Kauwgom 2 mg en 4 mg	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik zo nodig 2 tot 4 mg, maximaal 50 tot 60 mg per dag gedurende 3 maanden</li> <li>• Start bij &gt; 20 sigaretten met 4 mg</li> <li>• Bouw geleidelijk af, maximaal 6 tot 9 maanden</li> </ul>
Pleister 10, 15 en 25 mg/16 uur en 7, 14 en 21 mg/24 uur	Zwangerschap Lactatie met uitzondering van laagste doseringen Beschadigde huid, eczeem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik één pleister van 10/15/25 mg per 16 uur ('s nachts verwijderen) of één pleister van 7/14/21 mg per etmaal</li> <li>• Plak elke dag op een nieuwe plek gedurende 4 tot 6 weken</li> <li>• Bouw geleidelijk af, maximaal 3 maanden</li> </ul>
Sublinguale tablet 2 mg	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik zo nodig elke 1 tot 2 uur 2 mg, maximaal 30 tabletten per dag gedurende 2 tot 3 maanden</li> <li>• Bouw geleidelijk af, maximaal 3 maanden</li> </ul>
Zuigtablet 1, 1½, 2 en 4 mg	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruik zo nodig elke 1 tot 2 uur 1 mg</li> <li>• Keuze voor sterkte is afhankelijk van nicotineafhankelijkheid: maximaal 30 tabletten van 1 mg en maximaal 15 tabletten van 1½, 2 en 4 mg per dag</li> <li>• Bouw geleidelijk af, maximaal 3 maanden</li> </ul>
Mondspray 1 mg/spray	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Week 1 tot 6: 1 tot 2 sprays om de 30 tot 60 minuten. Maximaal 64 verstuivingen over 16 uur per periode van 24 uur</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Week 7 tot 9: bouw af tot de helft van het gemiddeld aantal verstuiwingen in stap 1</li> <li>• Week 10 tot 12: bouw geleidelijk af naar maximaal 4 verstuiwingen/dag, maximaal 3 maanden</li> </ul>
Orodispergeerbare film 2½ mg (op de tong oplosbare film)	Lactatie Symptomen van oesofagitis, orale of faryngeale ontsteking en gastritis kunnen verergeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Week 1 tot 6: 1 film elke 1 tot 2 uur</li> <li>• Week 7 tot 9: 1 film elke 2 tot 4 uur</li> <li>• Week 10 tot 12: 1 film elke 4 tot 8 uur</li> <li>• Week 13 tot 24: 1 tot 2 films per dag</li> <li>• Bouw geleidelijk af, maximaal 6 maanden</li> </ul>
Inhalatiedamp 10 en 15 mg (via inhaler)	Lactatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 mg: 6 tot 12 patronen per dag gedurende 3 maanden, bouw daarna af in 3 maanden</li> <li>• 15 mg: 3 tot 6 patronen per dag gedurende 3 maanden, bouw daarna geleidelijk af in 3 maanden</li> </ul>
<b>STAP 2 (oplopende prijs)</b> <b>STAP 2A Nortriptyline</b> (off-label) 10, 25, 50 mg, tablet	Leeftijd jonger dan 18 jaar Recent myocardinfarct, coronairlijden, verlengd QT-interval en hartritmestoornissen Geen voorkeur tijdens zwangerschap en lactatie, alleen op strikte indicatie en met controles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start als de patiënt nog rookt, stopdatum op dag 7 of 8</li> <li>• Begindosering 1 dd 25 mg, na 3 dagen 1 dd 50 mg, na weer 3 dagen 1 dd 75 mg</li> <li>• Bij ouderen en jongvolwassenen: start met 1 dd 10 mg, na 3 dagen 1 dd 20 mg, na weer 3 dagen 1 dd 30 tot 40 mg</li> <li>• Behandel gedurende 6 tot 12 weken 1 dd 75 mg (ouderen/jongvolwassenen 1 dd 30 tot 40 mg)</li> <li>• Stop in één keer; afbouw niet nodig</li> </ul>
<b>STAP 2B Bupropion</b> 150, 300 mg, tablet	Leeftijd jonger dan 18 jaar Zwangerschap en lactatie Bipolaire stoornis en bij voorkeur niet bij schizofrenie en ernstige depressie Epilepsie, alcoholafhankelijkheid in verband met risico op insulten bij alcoholabstinentie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start als de patiënt nog rookt, stopdatum in 2<sup>e</sup> week</li> <li>• Begindosering 's morgens 1 dd 150 mg, 6 dagen; daarna 2 dd 150 mg (interval 8 uur), 7 tot 9 weken</li> <li>• Bij verminderde nier- en leverfunctie en bij ouderen maximaal 150 mg per dag</li> <li>• Niet innemen vóór het slapengaan vanwege optreden slapeeloosheid</li> <li>• Bouw de dosering daarna geleidelijk af</li> </ul>
<b>STAP 2C Varenicline</b> 0,5 mg, 1 mg, tablet	Leeftijd jonger dan 18 jaar Zwangerschap en lactatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start 1 tot 2 weken voor stopdatum</li> </ul>



	Bij voorkeur niet bij schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begindosering 1 dd 0,5 mg 3 dagen, daarna 2 dd 0,5 mg 4 dagen, daarna onderhoudsdosering 2 dd 1 mg gedurende 12 weken. Verleng zo nodig nog 12 weken met 2 dd 1 mg</li> <li>• Verlaag bij hevige misselijkheid de dosering tot 2 dd 0,5 mg</li> <li>• Bij verminderde nierfunctie (eGFR 10 tot 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) 1 dd 0,5 mg 3 dagen, daarna 1 dd 1 mg</li> <li>• Bouw eventueel af bij verhoogd risico op terugval</li> </ul>
--	--	--

### *Controle*

- Instrueer de patiënt contact op te nemen:
  - als het niet lukt om de gemaakte afspraken op te volgen
  - bij onverwachte effecten of vermoede bijwerkingen van medicatie
- Controleer twee tot vier weken na het starten van medicatie om het effect te beoordelen.
- Maak vervolgspraken ter evaluatie en motivatie als de patiënt dat wenst.

### *Verwijzing/consultatie*

Verwijs de patiënt naar gespecialiseerde hulpverleners als het voor de huisartsenpraktijk niet mogelijk is een stoppen-met-rokeninterventie aan te bieden. De websites [www.ikstopnu.nl](http://www.ikstopnu.nl) en [www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl](http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl) bieden een overzicht van (regionale) aanbieders van stoppen-met-rokenzorg. De patiënt kan voor informatie hierover ook terecht bij de regionale zorggroep. De GG&GD biedt ook diverse programma's aan. Ernstig verslaafde rokers kunnen bij instellingen voor verslavingszorg terecht voor bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie. Sommige ziekenhuizen beschikken over een stoppen-met-rokenpoli.

### *Totstandkoming*

Download het deel [Totstandkoming en methoden](#) (pdf).

Download de [disclaimer](#) (pdf).

© 2017 Nederlands Huisartsen Genootschap